

# La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos

## Quality of postabortion care: a public health and human rights challenge

Mariana Romero<sup>1</sup>, Nina Zamberlin<sup>2</sup>, María Cecilia Gianni<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médica. Magister en Ciencias en Salud Reproductiva, Instituto Nacional de Salud Pública de México. Investigadora adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET). Investigadora asociada del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Argentina. [mromero@cedes.org](mailto:mromero@cedes.org)

<sup>2</sup>Bachelor of Arts (Licenciada en Humanidades). Investigadora adjunta del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Argentina. [ninaz@cedes.org](mailto:ninaz@cedes.org)

<sup>3</sup>Antropóloga. Magíster en Ciencias Sociales con mención en Salud, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (CEDES-FLACSO). Docente de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina. [macegi71@yahoo.com.ar](mailto:macegi71@yahoo.com.ar)

**RESUMEN** El mejoramiento de la calidad de la atención durante el posaborto busca reducir la morbilidad atribuible a los abortos inseguros y prevenir la repitencia de un embarazo no deseado, mediante tecnologías beneficiosas y un abordaje preventivo centrado en la mujer. Este artículo reporta los cambios producidos en la atención posaborto en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Se utilizó un diseño cuasiexperimental para evaluar los cambios asociados a la intervención. En ambas fases del estudio se utilizaron las siguientes estrategias de recolección de información: encuestas a mujeres durante su atención posaborto, encuesta autoadministrada al equipo de salud, observación no participante del proceso de atención. Entre los resultados obtenidos merecen destacarse los cambios en el tiempo de espera de las mujeres para ser atendidas y para la realización del procedimiento y en la oferta de consejería y métodos anticonceptivos antes del alta. A pesar de que el equipo de salud mostró una marcada preferencia por la aspiración manual endouterina (AMEU) y reconoció ampliamente sus beneficios, no hubo una adopción generalizada de la técnica luego de la intervención.

**PALABRAS CLAVE** Aborto Incompleto; Calidad de la Atención de Salud; Anticoncepción; Argentina.

**ABSTRACT** *Amelioration of postabortion care seeks to reduce morbidity and mortality related to unsafe abortion and prevent the reoccurrence of unwanted pregnancy through beneficial technologies and a woman-centered approach. This article reports changes in postabortion care in a public hospital in the city of Buenos Aires. A quasi-experimental design was applied to evaluate the changes associated to the intervention. In both stages of the study the following data collection techniques were applied: survey of women during postabortion hospitalization, self-administered survey of health care team, non-participant observation of care process. Within the observed results, changes were noticed in the time women had to wait to receive care and to have the procedure performed, and in the provision of contraceptive counseling and methods before the medical discharge. Even though the health care team showed a strong preference for manual vacuum aspiration (MVA) and widely recognized its benefits, the adoption of such technique was not generalized after the intervention.*

**KEY WORDS** *Abortion, Incomplete; Quality of Health Care; Contraception; Argentina.*

El aborto inseguro y sus complicaciones contribuyen significativamente a la mortalidad y morbilidad materna en América Latina, y han sido señalados como problemas de salud pública desde hace más de 40 años por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1). Los acuerdos internacionales alcanzados en la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994), la V Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y las posteriores reuniones de seguimiento, han instado a los Estados a promover medidas para mejorar la calidad de la atención en el posaborto, con particular énfasis en la consejería anticonceptiva, así como a revisar las medidas punitivas contra las mujeres que se han sometido a abortos ilegales. Más recientemente, el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, en su décimo primera sesión de junio de 2009, reconoció que la mortalidad y morbilidad materna son prevenibles y

...constituyen un desafío para la salud, el desarrollo y los derechos humanos de las mujeres y las niñas, en particular el derecho a la vida [...], a ser libre de buscar, recibir e impartir información, a gozar de los beneficios del progreso científico y a gozar del más alto estándar de salud física y mental incluyendo la salud sexual y reproductiva. (2)

La mayoría de los países y entidades federativas de América Latina (con excepción de Cuba, Guyana, Puerto Rico y la Ciudad de México) tiene legislaciones que restringen y condicionan el acceso de las mujeres a la interrupción del embarazo. Por esta razón, miles de mujeres en la región se ven expuestas a las complicaciones de abortos inseguros, ya sea autoinducidos, o realizados por personas no capacitadas o en lugares que carecen de las condiciones sanitarias mínimas (3). Las barreras que afectan el acceso a servicios de salud adecuados y a los métodos anticonceptivos, así como la sanción legal y social sobre el aborto y la amenaza de una denuncia policial al momento de buscar atención médica, contribuyen a perpetuar los riesgos para la salud y la vida de las mujeres.

Dada la ilegalidad de la práctica, no se cuenta con datos oficiales sobre el número de abortos inseguros en la región. La OMS estima que se producen 3,9 millones de abortos anuales

en América Latina y el Caribe. En particular, el cono sur presenta las tasas más altas del mundo de abortos inseguros cada 100 nacidos vivos, y de abortos cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años (4). En la Argentina, las estimaciones realizadas con las dos metodologías validadas internacionalmente indican que se producirían entre 372.000 y 447.000, y entre 486.000 y 522.000 abortos anualmente, lo que arroja una razón de algo más de 1 aborto inducido cada 2 nacidos vivos (5).

Una forma de aproximarse a la magnitud de la morbilidad por aborto puede ser a partir de los datos sobre egresos por complicaciones de aborto en los establecimientos públicos del país, cifra que representa solo una fracción de un total desconocido de mujeres que interrumpen sus embarazos o que tienen abortos espontáneos anualmente. En el año 2000, se registraron 78.894 egresos por aborto en las instituciones públicas de salud, que representan el 32% de los egresos hospitalarios por causas obstétricas (excluyendo el parto normal) (6). Entre 1995 y 2000 el total de egresos por aborto aumentó un 46%, y luego se mantuvo sin variaciones importantes en los años 2005 y 2006 (7,8) (a).

Cabe destacar además, que la proporción de muertes maternas por aborto en la Argentina (24%) es más del doble de la estimación de la OMS para toda la región. Esta proporción y la tasa de mortalidad materna (44 por 100.000 NV) son inaceptablemente altas, dados otros parámetros de desarrollo socioeconómico del país (9).

El mejoramiento de la calidad de la atención durante el posaborto ha sido una preocupación presente en América Latina en los últimos 20 años. El objetivo es reducir la morbimortalidad atribuible a los abortos inseguros y prevenir la repitencia de un embarazo no deseado, mediante tecnologías beneficiosas y costo-efectivas y un abordaje preventivo centrado en la mujer (10). Estas acciones deben ser acompañadas de esfuerzos para mejorar la prevención primaria, incluyendo el mejoramiento del acceso a los servicios y la provisión de información sobre la mayor variedad posible de métodos anticonceptivos, y servicios seguros para la interrupción del embarazo en los casos permitidos por la ley (b).

Numerosos estudios realizados en América Latina reportan los resultados de intervenciones para mejorar la atención posaborto,

que básicamente han incluido: el tratamiento oportuno de las complicaciones mediante la aspiración manual endouterina (AMEU), la consejería y oferta de métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo no deseado, la derivación de la mujer a otros servicios de salud reproductiva, y el trato cordial, libre de prejuicios, enmarcado en el respeto de sus derechos sexuales y reproductivos (11-14). Recientemente, estos componentes han sido incorporados en los distintos niveles de atención del sector público de salud en varios países de la región (Bolivia, Guatemala, México, Perú, Argentina) (15-19).

En el mismo sentido, instituciones como la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Confederación Internacional de Parteras (ICM) han producido documentos con recomendaciones y directrices para la atención de mujeres con complicaciones de abortos (20, 21, 22).

En la Argentina, en el año 2004, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios de salud provinciales acordaron un Plan Federal de Salud con metas para reducir el número de hospitalizaciones por aborto, para aumentar la proporción de mujeres que reciben consejería en salud reproductiva luego de un parto o un aborto, y para promover la aplicación de las normas vigentes, incluida la Guía de Mejoramiento de la Atención Posaborto (19). En el mismo año se firmó el "Compromiso para la reducción de la mortalidad materna en la Argentina", donde se fija como meta "que la mujer en situación de aborto no sea discriminada y reciba una atención humanizada, rápida y efectiva y con asesoramiento y provisión de insumos anticonceptivos". A su vez, dispone el acceso a la atención del aborto no punible en los hospitales públicos, en cumplimiento con lo estipulado en el Código Penal (23). Estos compromisos también se acordaron en el ámbito regional en la Reunión de Ministros de Salud del Mercosur celebrada en Asunción del Paraguay en junio de 2007 (24).

Desde el año 2006, el Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante el Programa de Mejoramiento de la Atención Posaborto, por medio del cual se brinda capacitación sobre el modelo integral de esa atención en instituciones de salud de todo el país. A pesar de los acuerdos alcanzados y las acciones implementadas, la

integración de estos servicios en los efectores de salud públicos ha sido un proceso lento y dificultoso, cuyos logros aún distan de tener el alcance de una política pública nacional.

Este artículo aborda el estudio del proceso de atención de mujeres con aborto incompleto en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, y focaliza en aquellas dimensiones de la calidad de la atención que resultaron modificadas por la implementación del estudio. El estudio se desarrolló en los años 2005 y 2006, en forma simultánea a los cambios normativos descriptos y, hasta el momento, es la única investigación operativa en este campo realizada en la Argentina. Cabe señalar que esta experiencia sirvió como uno de los fundamentos para la elaboración de las bases del Programa de Mejoramiento de la Atención Posaborto antes mencionado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó un diseño cuasiexperimental para evaluar los cambios en la calidad de la atención posaborto asociados a la intervención realizada en el servicio de obstetricia del hospital seleccionado. Este tipo de evaluación pre-pos, adecuado para la investigación operativa, permite estimar el impacto de la intervención utilizando dos muestras independientes de la población estudiada.

En ambas fases del estudio se aplicaron las siguientes estrategias de recolección de información:

- 1) *Encuesta a mujeres durante su atención posaborto.* Se utilizó un cuestionario que relevó las siguientes dimensiones: características socio-demográficas, historia reproductiva, acceso al servicio de salud, interacción con el equipo de salud, manejo del dolor, estado emocional, privacidad, información recibida, conocimiento y uso de anticonceptivos. En total fueron entrevistadas 414 usuarias (205 en la fase pre y 209 en la fase pos) que habían sido atendidas por aborto incompleto. Las encuestas fueron realizadas por un grupo de encuestadoras capacitadas, que abordaron a las mujeres elegibles inmediatamente antes de recibir el alta

médica. Este componente incluyó también una ficha de volcado, donde se consignó, para cada mujer encuestada, el diagnóstico de ingreso registrado en el libro de guardia.

- 2) *Encuesta al equipo de salud.* Se aplicó un cuestionario autoadministrado al equipo de salud (médicos/as, obstétricas, enfermeros/as) con las siguientes dimensiones: formación profesional y rol dentro del servicio, calidad de la atención, técnicas para la evacuación uterina, consejería y entrega de métodos anticonceptivos, así como opinión sobre la práctica del aborto. De un total de 53 profesionales, respondieron la encuesta 29 en la fase pre y 30 en la fase pos.
- 3) *Observación no participante del proceso de atención de mujeres con abortos incompletos.* Se realizó el seguimiento de al menos una mujer en cada día de la semana desde el momento de ingreso a la guardia hasta el alta. Se observaron las instancias de comunicación de la usuaria con el equipo de salud, las consultas, las intervenciones médicas y quirúrgicas, la consejería y entrega de métodos anticonceptivos, y las indicaciones previas al alta.
- 4) *Entrevistas a informantes clave.* Se realizaron entrevistas semiestructuradas con las autoridades del servicio, la obstétrica con mayor antigüedad, los residentes y el personal administrativo, para reconstruir la historia institucional del servicio, su jerarquía relativa dentro del hospital y los liderazgos/ideologías predominantes desde su creación. Estas entrevistas se realizaron solo en la etapa preintervención, con el fin de contextualizar la información recogida y aportar al diseño de la intervención.

En todas las instancias de recolección de información se solicitó el consentimiento informado tanto de las mujeres como del equipo de salud.

## LA INTERVENCIÓN

Los resultados obtenidos por medio de las diferentes técnicas de recolección de datos, aplicadas durante la fase preintervención, fueron presentados y discutidos en reuniones con cada equipo de guardia. Las reacciones del equipo de salud en estos encuentros, el análisis de las encuestas, y el material de la observación y de las

entrevistas fueron los insumos para el diseño de la intervención.

La intervención incluyó la construcción de canales de comunicación con los diferentes integrantes del equipo de salud, una variedad de actividades de formación y sensibilización en el abordaje integral de las mujeres en el posaborto con fuerte énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, el trato humanizado, el manejo del dolor y la incorporación de tecnologías beneficiosas (AMEU), y el aprovechamiento de oportunidades para la prevención (consejería y entrega de métodos anticonceptivos antes del alta). Las metodologías incluyeron presentaciones y debates plenarios, dinámicas participativas y demostraciones prácticas.

La fase preintervención se extendió desde marzo a septiembre de 2005 y la fase posintervención desde junio a diciembre de 2006.

## EL SITIO DE LA INTERVENCIÓN

El estudio se realizó en el Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez" perteneciente al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. La población que allí se atiende proviene de sectores de bajos ingresos y cerca de la mitad está constituida por migrantes de países limítrofes, principalmente de origen boliviano.

El servicio de obstetricia está conformado por 24 médicos/as (7 de guardia, 7 de planta y 10 residentes y concurrentes), 20 obstétricas (12 de guardia, 5 suplentes y 3 concurrentes) y 9 enfermeros/as y auxiliares de enfermería. Cuenta con 30 camas de internación y se atienden aproximadamente 1.500 partos y 500 hemorragias del primer trimestre del embarazo por año.

Al momento del estudio, la disposición espacial y las etapas de la atención de mujeres con abortos incompletos eran las siguientes: las mujeres ingresaban por la guardia de obstetricia que funciona las 24 horas. Una vez evaluadas, si requerían tratamiento, permanecían internadas en el área de parto hasta el procedimiento. El espacio de parto contaba con cuatro camas sin separación entre sí, donde se ubicaba tanto a las mujeres en trabajo de parto como a las mujeres con aborto incompleto. Cuando el tratamiento incluía un legrado, una vez finalizado el procedimiento, la

mujer era internada en la sala de internación de maternidad. Cuando se le realizaba una AMEU, la mujer permanecía en recuperación en el área de parto hasta que se le daba el alta, o si el caso lo requería, pasaba a la sala de internación.

## RESULTADOS

Las mujeres del grupo pre y posintervención presentan características sociodemográficas similares. La edad promedio es de 27 años, y en

ambas fases el 50% de las mujeres encuestadas se concentró entre los 20 y los 29 años. En ambos grupos, las mujeres tuvieron en promedio tres embarazos, y el 35% tuvo dos o más abortos. Este perfil coincide con el reportado por un estudio realizado en cinco hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires con mujeres internadas por abortos incompletos (25). En ambos grupos se mantuvo la proporción de primigrávidas (22%), la proporción de mujeres que conocían al menos un método anticonceptivo (82%), y entre estas últimas, la proporción que los había usado alguna vez (83%) (Cuadro 1).

Cuadro 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E HISTORIA REPRODUCTIVA. HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. TEODORO ÁLVAREZ", CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA. 2005-2006.

| CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS<br>E HISTORIA REPRODUCTIVA  | PREINTERVENCIÓN<br>n=205 | POSINTERVENCIÓN<br>n=209 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ESCOLARIDAD   |                          |                          |
| Primaria incompleta/completa                                  | 33,2                     | 31,3                     |
| Secundaria incompleta/completa                                | 57,1                     | 58,4                     |
| No sabe/No contesta   | 9,7                      | 10,3                     |
| ESTADO CIVIL  |                          |                          |
| Casada/unida  | 61,0                     | 62,2                     |
| Soltera   | 39,0                     | 37,8                     |
| OCUPACIÓN   |                          |                          |
| Ama de casa   | 39,0                     | 43,1                     |
| Empleada en relación de dependencia y/o<br>empleada doméstica | 39,0                     | 30,6                     |
| Otras   | 22,0                     | 26,3                     |
| CANTIDAD DE EMBARAZOS   |                          |                          |
| 1   | 21,0                     | 23,5                     |
| 2 - 4   | 59,0                     | 56,9                     |
| ≥5  | 20,0                     | 19,6                     |
| CANTIDAD DE ABORTOS   |                          |                          |
| 1   | 63,9                     | 67,0                     |
| ≥2  | 36,1                     | 33,0                     |

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al acceso, en ambos grupos, la mitad de las mujeres tardó menos de 30 minutos para llegar al hospital desde el lugar donde se encontraba cuando decidió buscar atención médica. Una vez dentro del hospital, el porcentaje que ubicó la guardia de obstetricia sin demoras superó el 80%. La totalidad de las mujeres reportó no haber realizado ningún pago por la atención recibida.

Los motivos de consulta más frecuentes consignados en los registros fueron sangrado vaginal y/o dolor abdominal. En 7 de cada 10 casos el diagnóstico de ingreso consignado corresponde a aborto incompleto. La gran mayoría de los casos (el 87% de la etapa pre y 90% de la pos) no tuvo complicaciones. En la opinión de los integrantes del equipo de salud encuestados, la causa de abortos incompletos más habitual es el aborto inducido con misoprostol (68% en la pre y 57% en pos) y, en segundo término, el aborto espontáneo.

El tiempo de espera y la duración de la internación son dimensiones que varían según el tipo de procedimiento realizado. En ambas etapas, 6 de cada 10 mujeres reportaron haber esperado menos de 30 minutos desde que llegaron a la guardia hasta que fueron revisadas por un miembro del equipo de salud. La espera promedio para la realización del procedimiento, en ambas etapas, es de 10 horas, y es siempre menor en las mujeres tratadas con AMEU que en las tratadas con legrado.

El manejo del dolor es una dimensión compleja. En general, más del 70% de las mujeres refirió haber sentido dolor de mediana o alta intensidad previo al procedimiento. Sin embargo, la proporción que recibió analgésicos mientras esperaba el procedimiento no superó un tercio ni en el pre ni en el pos. Cuando se discutió esta cuestión con el equipo de salud, la razón fue atribuida al uso de oxitocina para acelerar la evacuación de los restos y la decisión de no usar analgésicos frente a la necesidad de no "enmascarar" síntomas que permitieran inferir complicaciones, tales como una perforación.

Todas las mujeres que fueron tratadas con legrado recibieron anestesia general durante el procedimiento. La proporción es sensiblemente menor entre quienes recibieron AMEU, aunque aumenta del 41% en la preintervención al

65% en la posintervención. Asimismo, en la posintervención se observó que cuando una mujer no estaba sedada, los profesionales prestaban mucha atención a sus manifestaciones, y aplicaban técnicas de manejo conductual del dolor para tranquilizarla y contenerla, narrando paso a paso lo que iban haciendo, distrayéndola, conversando, o indicándole cómo relajarse y respirar.

Seis de cada diez mujeres fueron tratadas con legrado en la preintervención. El porcentaje de mujeres tratadas con AMEU en la fase posintervención aumentó, aunque no alcanzó el 50%. Cabe destacar que frente a la opción de poder elegir entre realizar un legrado o una AMEU, luego de la intervención, el equipo de salud expresó una mayor preferencia por la AMEU (70%). Si se consideran solo las respuestas de los médicos, esta preferencia alcanzó el 88%. Asimismo, la proporción que no expresaba preferencia se redujo significativamente. Es probable que la diferencia en preferencia por la AMEU que aparece entre los médicos, por un lado, y el equipo de salud en su conjunto, por el otro, se deba a la opinión del personal de enfermería que en varios casos percibió el manejo del instrumental como una carga adicional para su trabajo (Cuadro 2).

Las variables relacionadas con el trato y la comunicación interpersonal se presentan en el Cuadro 3. Se observa por un lado que, en ambas etapas, más del 70% de las mujeres reportó haber sido informada sobre el diagnóstico y tratamiento que recibiría. Consistentemente, las mujeres que fueron tratadas con AMEU reportan en mayor proporción haber recibido información sobre su estado, el tratamiento por realizar y su resultado. El hecho de utilizar una técnica nueva que no requiere sedación puede haber influido para que el equipo de salud se mostrara más dispuesto a ofrecer explicaciones, contención y escuchar a las mujeres. La observación permitió registrar que el momento de mayor intercambio verbal ocurría en la instancia previa al ingreso al quirófano. Sin embargo, los profesionales suelen dirigirse a las mujeres en un lenguaje técnico.

*Es una aspiración al vacío con una cánula [...].  
Es como el legrado pero más inocua, menos agresiva, no hay riesgo de perforación uterina.  
Se introduce la cánula a una bomba de vacío y se aspiran los restos...*

Cuadro 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PREFERENCIA DE LOS PROFESIONALES ENTREVISTADOS, POR TIPO DE PROCEDIMIENTO. HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. TEODORO ÁLVAREZ", CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA. 2005-2006.

| PROCEDIMIENTO                        | TOTAL EQUIPO    |                 | MÉDICOS/AS      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|                                      | PREINTERVENCIÓN | POSINTERVENCIÓN | PREINTERVENCIÓN | POSINTERVENCIÓN |
| Aspiración manual endouterina (AMEU) | 46              | 70              | 67              | 88              |
| Legrado uterino                      | 25              | 13              | 22              | 6               |
| No sabe/No contesta                  | 29              | 17              | 11              | 6               |
| TOTAL                                | 100             | 100             | 100             | 100             |

Fuente: Elaboración propia.

A su vez, el 60% de los profesionales encuestados considera que el consentimiento informado que se les entrega a las mujeres previo a la realización del procedimiento pocas veces es comprendido claramente por ellas, ya que incluye términos como "cavidad endometrial", "restos ovulares", "prostaglandinas intravaginales", "goteo intravenoso de oxitocina" e "inyección intravascular del anestésico". Asimismo, la entrega del consentimiento para ser firmado es más un procedimiento burocrático que una instancia para brindar explicaciones y contestar las dudas de las mujeres.

En la etapa preintervención, menos de la mitad de las mujeres recibió información sobre métodos anticonceptivos, mientras que en la posintervención esta proporción alcanzó el 75%. El mayor cambio se observó entre las mujeres tratadas con AMEU, que aumentó del 28 al 72%. También hubo un aumento significativo en la entrega de métodos anticonceptivos antes del alta, que pasó del 40% en la preintervención al 65% en la posintervención. Estas variaciones se explican principalmente por la incorporación de la oferta de consejería anticonceptiva a las mujeres tratadas con AMEU que permanecían en el

Cuadro 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, SEGÚN DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y PROCEDIMIENTO RECIBIDO (RESPUESTAS MÚLTIPLES). HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. TEODORO ÁLVAREZ", CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA. 2005-2006.

| DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN  | PREINTERVENCIÓN |               |                          | POSINTERVENCIÓN |              |                          |
|--|-----------------|---------------|--------------------------|-----------------|--------------|--------------------------|
|  | TOTAL<br>n=205  | AMEU*<br>n=76 | LEGRADO UTERINO<br>n=125 | TOTAL<br>n=209  | AMEU<br>n=93 | LEGRADO UTERINO<br>n=113 |
| <i>El médico y/o enfermera le dijeron lo que tenía</i>                                       | 76,6            | 81,6          | 73,6                     | 70,8            | 79,6         | 62,8                     |
| <i>El médico que la atendió le explicó el tratamiento que le iban a hacer</i>                | 79,5            | 86,8          | 75,2                     | 68,4            | 75,3         | 63,7                     |
| <i>Le informaron cómo había salido todo</i>  | 43,9            | 56,6          | 36,8                     | 38,8            | 47,3         | 32,7                     |
| <i>Le preguntaron si tenía inquietudes acerca de cómo estaba o de lo que le habían hecho</i> | 20,5            | 30,3          | 15,2                     | 21,5            | 28,0         | 15,9                     |

Fuente: Elaboración propia.

Notas: La diferencia de la suma de los tratamientos con respecto al total se debe a que en el grupo de preintervención, 4 mujeres no sabían qué tratamiento recibieron. Lo mismo ocurrió con 3 mujeres en el grupo de posintervención.

\*AMEU: Aspiración manual endouterina

área de parto, donde antes de la intervención quedaban excluidas de las visitas que realizan las obstétricas, cama por cama, en la sala de internación para ofrecer consejería y métodos anticonceptivos, tanto a las púerperas como a las mujeres que se recuperaban luego de un aborto (Figuras 1 y 2).

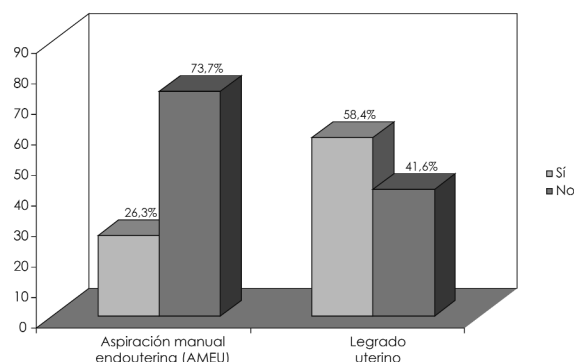
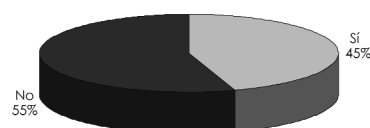
En la primera etapa del estudio, menos de la mitad de las mujeres recibió indicaciones específicas sobre problemas o signos de alarma y/o recomendaciones sobre los cuidados necesarios. Esta proporción no superó el 60% de las encuestadas luego de la intervención. A pesar de que el aumento no fue mayor, dato que resulta preocupante y evidencia nuevamente problemas en la comunicación entre el equipo de salud y las usuarias, se debe señalar que se registraron aumentos en todas las dimensiones de oferta de información evaluadas (Cuadro 4).

Por su parte, los profesionales del equipo de salud identificaron problemas en la comunicación con las usuarias que afectaban la comprensión y el seguimiento de las indicaciones médicas, atribuidas principalmente al bajo nivel educativo y a las diferencias culturales, en especial entre las mujeres migrantes. En este sentido, en la autoevaluación que los profesionales realizan de su desempeño en relación con la atención posaborto, los puntos mejor evaluados corresponden a cuestiones técnicas y los más críticos se refieren al trato y la información que reciben las mujeres por parte del equipo de salud.

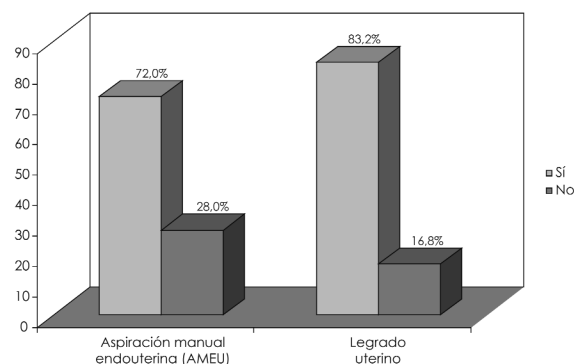
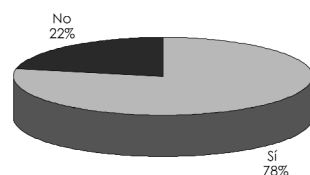
Finalmente, la observación del proceso de atención mostró que la calidad estaba condicionada por el contexto institucional, la dinámica del servicio (escenario complejo, limitaciones de infraestructura, sobrecarga de trabajo, pocas horas de descanso), la escasez de recursos y las

Figura 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, SEGÚN RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SEGÚN PROCEDIMIENTO REALIZADO. HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. TEODORO ÁLVAREZ", CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA. 2005-2006.

#### PREINTERVENCIÓN



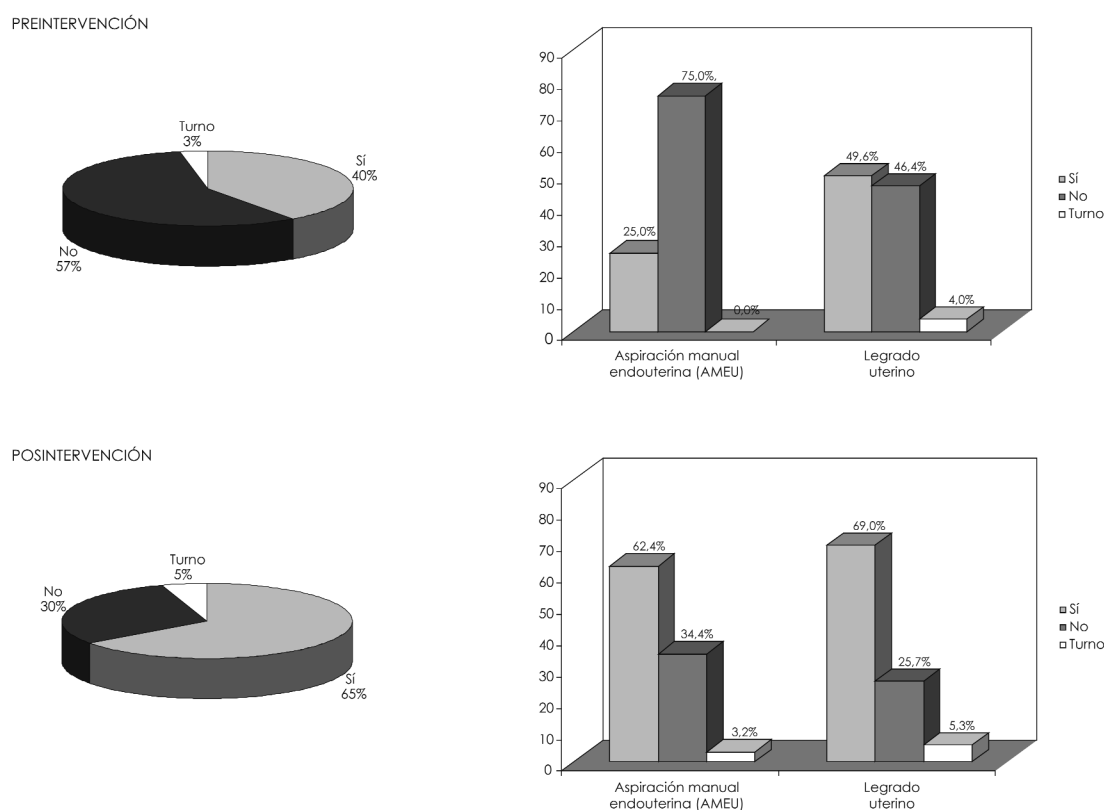
#### POSINTERVENCIÓN



Fuente: Elaboración propia.



Figura 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, SEGÚN RECEPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SEGÚN PROCEDIMIENTO REALIZADO. HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. TEODORO ÁLVAREZ", CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA. 2005-2006.



Fuente: Elaboración propia.

Nota: Los porcentajes designados como "Turno" corresponden a los de las mujeres que al alta ya tenían asignado un turno en el consultorio de Salud Reproductiva.

dificultades de comunicación en el equipo. Los profesionales reconocieron que el trabajo en equipo es un objetivo difícil de alcanzar y señalaron problemas en la organización, comunicación y distribución de roles, así como la falta de espacios de discusión interna que redundaban en una atención segmentada y dificultaban el abordaje integral.

## DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la intervención fue exitosa en introducir un modelo de atención integral, que además de las cuestiones técnicas, puso gran énfasis en la prevención y en aspectos interpersonales como la comunicación, el trato, la oferta de información, el respeto por la privacidad y la eliminación de prejuicios.

Un cambio positivo se observó en el tiempo de espera de las mujeres para ser atendidas y para la realización del procedimiento, dado que se redujo el tiempo que las mujeres padecieron dolor y su permanencia fuera del hogar. Otro cambio positivo ocurrió en la oferta de consejería y métodos anticonceptivos antes del alta. En este último aspecto se lograron mejoras sustantivas a partir de la concientización del equipo para incorporar la consejería como un componente fundamental e imprescindible de la atención posaborto y una responsabilidad de todos los agentes de salud que tienen contacto con la mujer. Antes de la intervención, las mujeres tratadas con AMEU recibían consejería y métodos anticonceptivos en menor proporción que las que ingresaban a la sala de internación luego del legrado instrumental. Esto se explicaba por la fuerte fragmentación en la división de tareas, en

Cuadro 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS SEGÚN INFORMACIÓN E INDICACIONES RECIBIDAS ANTES DEL ALTA, SEGÚN PROCEDIMIENTO (RESPUESTAS MÚLTIPLES). HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. TEODORO ÁLVAREZ", CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA. 2005-2006.

| INFORMACIÓN E INDICACIONES   | PREINTERVENCIÓN |               |                          | POSINTERVENCIÓN |              |                          |
|--|-----------------|---------------|--------------------------|-----------------|--------------|--------------------------|
|  | TOTAL<br>n=205  | AMEU*<br>n=76 | LEGRADO UTERINO<br>n=125 | TOTAL<br>n=209  | AMEU<br>n=93 | LEGRADO UTERINO<br>n=113 |
| Le explicaron que...   |                 |               |                          |                 |              |                          |
| podía tener un poco de dolor la primera semana después del procedimiento                   | 26,3            | 31,6          | 23,2                     | 41,1            | 48,4         | 34,5                     |
| podía tener un poco de sangrado vaginal hasta 3 semanas después del procedimiento          | 32,2            | 30,3          | 33,6                     | 51,2            | 57,0         | 45,1                     |
| puede retomar sus actividades normales siempre y cuando no tenga molestia                  | 29,8            | 34,2          | 27,2                     | 51,2            | 54,8         | 46,9                     |
| puede volver a tener relaciones sexuales una semana después de que haya cesado el sangrado | 29,3            | 38,2          | 24,8                     | 46,9            | 51,6         | 41,6                     |
| puede volver a embarazarse aun antes de volver a menstruar                                 | 36,1            | 40,8          | 34,4                     | 50,2            | 55,9         | 44,2                     |
| debe regresar al hospital si tiene dolor intenso o que va aumentando                       | 42,9            | 43,4          | 42,4                     | 59,8            | 63,4         | 55,8                     |
| debe regresar al hospital si tiene fiebre  | 41,5            | 40,8          | 41,6                     | 58,9            | 62,4         | 54,9                     |
| debe regresar al hospital si tiene escalofríos o mucho cansancio                           | 36,1            | 38,2          | 35,2                     | 54,1            | 55,9         | 51,3                     |
| debe regresar al hospital si tiene sangrado muy abundante                                  | 40,0            | 40,8          | 39,2                     | 56,5            | 59,1         | 53,1                     |
| debe regresar al hospital si expulsa coágulos  | 37,6            | 39,5          | 36,0                     | 56,9            | 60,2         | 53,1                     |

Fuente: Elaboración propia.

Nota: \*AMEU: Aspiración manual endouterina.

la cual, los profesionales de la guardia no consideraban que les correspondía esa función. Luego de la intervención, la consejería fue incorporada en forma progresiva como una preocupación transversal al equipo de salud, que asumió conjuntamente el compromiso de que ninguna mujer egresara sin haber recibido consejería y un método anticonceptivo o un turno para el consultorio de salud reproductiva. La estructuración de cuestiones logísticas básicas, como la disponibilidad de los métodos anticonceptivos en el área de guardia para proveer a las mujeres atendidas en forma ambulatoria,

contribuyó a obtener las mejoras reportadas. No obstante, la calidad de la consejería aún requiere mejoras, ya que persiste un enfoque predominantemente vertical, focalizado en la adopción de un método más que en un abordaje integral de mujer.

Finalmente, en la etapa posintervención se observó que en algunas guardias se ofrecía la colocación del dispositivo intrauterino (DIU) en el posaborto inmediato. Esta práctica, que antes de la intervención no se realizaba, se encuentra hoy protocolizada dentro del servicio, con resultados muy positivos.

La AMEU fue presentada como una alternativa segura y eficaz al legrado uterino instrumental, pero su aplicación quedó librada al criterio y voluntad de los médicos, que en su mayoría conocían la técnica pero de la que solo algunos tenían experiencia práctica. A pesar de que el equipo de salud mostró una marcada preferencia por la AMEU y reconoció ampliamente sus beneficios, no hubo una adopción generalizada de la técnica luego de la intervención. Esto da cuenta de la persistencia de un modelo intervencionista y una "cultura de quirófano" profundamente arraigada, cuya transformación es aún incipiente y conlleva procesos que trascienden los objetivos de este estudio. Esta concepción, sumada a que la AMEU se introdujo como una práctica optativa, marca una diferencia significativa con los resultados alcanzados por estudios de otros países de la región, donde la AMEU se protocolizó con carácter de utilización obligatoria en todos los casos aplicables, y donde la casi totalidad de las mujeres con aborto incompleto son tratadas con esa técnica (13,26).

Por otro lado, el aumento registrado en la utilización de la AMEU se acompaña de un mayor uso de anestesia general para este procedimiento, lo que indica que los médicos prefieren trabajar con la paciente dormida y que aún no se sienten suficientemente preparados o seguros para aplicar las técnicas de manejo conductual. Cabe destacar que en los últimos años, este hospital, al igual que muchos otros que pertenecen al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, atraviesa una preocupante falta de disponibilidad de médicos anestelistas. En consecuencia, muchas veces las mujeres esperan largas horas o días enteros hasta que se dispone de un anestesta o son derivadas a otro hospital.

El manejo del dolor con la AMEU fue una fuerte preocupación expresada por el equipo de salud. Sin embargo, la preocupación se centra en el dolor durante el procedimiento, mientras que el dolor previo a la intervención resulta bastante indiferente para el equipo de salud.

Muchos de los miembros del equipo de salud, que en la primera etapa preferían el legrado, lo hacían por la tranquilidad que les brindaba trabajar sobre una paciente dormida. Por lo tanto, cuando incorporaron la AMEU, la aplicaban también con anestesia general. No

obstante, en la posintervención se observaron mejoras en el manejo conductual de pacientes tratadas con AMEU y anestesia local, con una importante participación de las enfermeras en la contención y el acompañamiento de las mujeres durante el procedimiento.

Tal vez, el logro más importante de este trabajo reside en haber instalado la atención posaborto como un tema relevante dentro del servicio. Contribuyó, además, a desarrollar en los profesionales la percepción de que cada uno de ellos puede aportar a mejorar la calidad de la atención y amortiguar el impacto tanto físico como emocional del aborto inseguro, y que su responsabilidad ética y profesional requiere la aplicación de las medidas necesarias para evitar su repitencia.

Si bien aún queda mucho por mejorar, durante y después de este estudio se implementaron en el servicio estudiado diversas modificaciones para mejorar la calidad de la atención posaborto. Se realizaron importantes reformas edilicias que brindan mayor privacidad a las mujeres, incluyendo un consultorio de guardia independiente del área de parto y un espacio de internación en un área semiaislada dentro de la sala de maternidad para las mujeres que se recuperan luego de un aborto incompleto. También se asignaron más recursos humanos al área de guardia e internación, lo que permite destinar más tiempo a cada mujer, y se ampliaron el plantel y los horarios de atención del equipo de salud reproductiva que realiza el seguimiento de las mujeres luego del alta posaborto. Asimismo, se estableció un espacio de reunión periódica del equipo de salud para discutir y consensuar las normas de atención del servicio.

Sería ambicioso afirmar que este nuevo escenario es una consecuencia directa de la intervención implementada en el marco de este proyecto. Sin embargo, es preciso observar que las diversas instancias de discusión de resultados, así como las jornadas de capacitación y la presencia sostenida del equipo de investigación en el servicio, posibilitaron espacios de intercambio y reflexión que, sin duda, contribuyeron a generar cambios para mejorar la calidad de la atención posaborto.

## AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen el financiamiento del *Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana*, de la Organización Mundial de la Salud con el patrocinio conjunto de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, que hizo posible este estudio. Agradecemos también a las doctoras Diana Galimberti y Analía Messina, así como al equipo de Salud del Servicio de Obstetricia del Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Además, nuestro agradecimiento a los doctores Jefferson Drezet y Daniel Lipchak por su colaboración durante la capacitación.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

No hay conflicto de interés por parte de las autoras del trabajo. Las opiniones vertidas corresponden a las autoras y no representan la visión de las entidades que han financiado el proyecto. En todos los casos se han respetado la confidencialidad de los datos y la identidad de las personas entrevistadas.

## NOTAS FINALES

a. Cabe destacar que las provincias de Salta y Tucumán no reportaron los egresos de 2005. En 2006 no reportaron Tucumán ni Entre Ríos. Aún así, al comparar contra datos de 2000 sin incluir

estas provincias, no se observan variaciones significativas.

b. El Código Penal Argentino indica que el aborto no es punible en casos de peligro para la salud o la vida de la mujer gestante o violación o atentado al pudor de una mujer idiota o demente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. Ginebra: WHO; 2004.

2. Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. Décimo primera sesión. Promoción y protección de todos los derechos humanos, y de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. [En línea] Naciones Unidas; 16 de junio de 2009 (A/HRC/11/L.16) [fecha de acceso 20 de noviembre de 2009]. URL disponible en: [http://72.249.12.201/wordpress-mu/mexico/files/2009/10/sp\\_resolution\\_a-hrc-11-116.pdf](http://72.249.12.201/wordpress-mu/mexico/files/2009/10/sp_resolution_a-hrc-11-116.pdf)

3. World Health Organization. The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Ginebra: WHO; 1992. (WHO/MSM/92.5).

4. World Health Organization. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Ginebra: WHO; 2007.

5. Pantelides E, Mario S, Fernández S, Manzelli H, Gianni C, Gaudio M. Estimación de la magnitud del aborto inducido, informe presentado a la Comisión Salud Investiga. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2006.

6. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Egresos de establecimientos oficiales según variables seleccionadas. República

- Argentina. Año 2000. [En línea] Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2003 [fecha de acceso 20 de noviembre de 2009]. URL disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/pubesp4.pdf>
7. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. Año 2005. [En línea] Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007 (Serie 11 N°1) [fecha de acceso 20 de noviembre de 2009]. URL disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Serie11Nro1.pdf>
8. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. Año 2006. [En línea] Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2008. (Serie 11 N°2) [fecha de acceso 20 de noviembre de 2009]. URL disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Serie11Nro2.pdf>
9. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales. Información básica 2007. [En línea] Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2008. (Serie 5 N°51) [fecha de acceso 20 de noviembre de 2009]. URL disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro51.pdf>
10. Corbett M, Turner K. Essential elements of postabortion care: Origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*. 2003;29(3):106-11.
11. Billings D, Benson J. Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*. 2005;20(3):158-166.
12. Díaz J, Loayza M, Torres Y, Lora O, Álvarez F, Camacho V. Improving quality of services and contraceptive acceptance in the postabortion period in three public-sector hospitals in Bolivia. En: Huntington D, Pet-Pelon N. Postabortion care: Lessons from operations research. Nueva York: Population Council; 1999. p. 61-79.
13. Langer A, García Barrios C, Heimbürger A, et al. Improving postabortion care with limited resources in a public hospital in Oaxaca, Mexico. En: Huntington D, Pet-Pelon N. Postabortion care: Lessons from operations research. Nueva York: Population Council; 1999. p. 80-107.
14. Billings DL, Crane BB, Benson J, Solo J, Feters T. Scaling up a public health innovation: A comparative study of post-abortion care in Bolivia and Mexico. *Social Science and Medicine*. 2007;64(11):2210-2222.
15. Kestler E, Valencia L, del Valle V, Silva A. Calidad de la prestación del servicio de atención posaborto en Guatemala. En: Billings D, Vernon R, editores. Avances en la atención posaborto en América Latina y el Caribe: Investigando, aplicando y expandiendo. México DF: IPAS, Population Council; 2007. p. 35-40.
16. Del Pozo E, Morales M, del Barco J, Cornejo C. La experiencia en Bolivia de la atención posaborto. En: Billings D, Vernon R, editores. Avances en la atención posaborto en América Latina y el Caribe: Investigando, aplicando y expandiendo. México DF: IPAS, Population Council; 2007. p. 27-34.
17. Billings D, González D, Ramírez R, Chambers V. Atención posaborto: la experiencia de México en el mejoramiento de los servicios. En: Billings D, Vernon R, editores. Avances en la atención posaborto en América Latina y el Caribe: Investigando, aplicando y expandiendo. México DF: IPAS, Population Council; 2007. p. 47-56.
18. Benson J, Huapaya V. Calidad y acceso a la atención posaborto en Perú. En: Billings D, Vernon R, editores. Avances en la atención posaborto en América Latina y el Caribe: Investigando, aplicando y expandiendo. México DF: IPAS, Population Council; 2007. p. 65-74.
19. Ministerio de Salud. Guía para el mejoramiento de la atención post aborto. [En línea] Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2005 [fecha de acceso 23 de abril de 2009]. URL disponible en: [http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Politicas\\_Publicas/Protocolos%20de%20Atención/Guía%20para%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Atención%20Post%20Aborto.pdf](http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Politicas_Publicas/Protocolos%20de%20Atención/Guía%20para%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Atención%20Post%20Aborto.pdf)
20. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Organización Mundial de la Salud. Aborto: una responsabilidad profesional de los obstetras y los ginecólogos. Relatorio final. Grupo de trabajo FIGO/OMS; 2-5 de marzo de 1997; Campinas, San Pablo, Brasil. Campinas: CEMICAMP; 1997.
21. International Confederation of Midwives. Midwives' provision of abortion-related services. Position Statement. 2008 [En línea] Países Bajos: International Confederation of Midwives; 2008 [fecha de acceso 23 de abril de 2009]. URL disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/MIDWIVES%20PROVISION%20OF%20ABORTION-RELATED%20SERVICES.doc>
22. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Ginebra: WHO; 2003.

23. Ministerio de Salud. Compromiso para la reducción de la mortalidad materna en la Argentina. [En línea] Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2004 [fecha de acceso 23 de abril de 2009]. URL disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/Compromiso%20para%20la%20reduccion%20de%20la%20mortalidad%20materna%202.pdf>
24. Reunión Ministros de Salud del Mercosur. Acuerdo N° 06/07. Recomendaciones para las políticas de salud sexual y reproductiva en los Estados Partes y Asociados del Mercosur. [En línea] Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2009 [fecha de acceso 23 de abril de 2009]. URL disponible en: [http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/anexo\\_VII\\_acuerdo\\_rms\\_06\\_07\\_mercosur.pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/anexo_VII_acuerdo_rms_06_07_mercosur.pdf)
25. Checa S, Rosenberg MI. Abortos hospitalizados. Un problema de salud pública. Una cuestión de derechos reproductivos. Buenos Aires: Foro por los Derechos Reproductivos, Ediciones El Cielo por Asalto; 1996.
26. Benson J, Huapaya V. Sustainability of Postabortion Care in Peru. [En línea] Lima: IPAS, Population Council, Ministerio de Salud de Perú; 2002 [fecha de acceso 20 de noviembre de 2009]. URL disponible en: [http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR\\_FinalReports/Peru\\_PAC\\_ipas.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Peru_PAC_ipas.pdf)

---

#### FORMA DE CITAR

Romero M, Zamberlin N, Gianni MC. La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos. *Salud Colectiva*. 2010;6(1):21-34.

---

Recibido el 3 de agosto de 2009

Versión final presentada el 30 de noviembre de 2009

Aprobado el 4 de diciembre de 2009